

Conhecimentos, Atitudes e Práticas de Médicos e Enfermeiros, dos Cuidados de Saúde Primários, no Tratamento da Obesidade: Existe uma Associação com as Práticas Pessoais de Actividade Física?

Miguel Ângelo Silva Rego

Mestrado de Saúde Pública - 11ª Edição
Especialização de Protecção e Promoção da Saúde

Orientadora: Prof.^a Doutora Maria Isabel Loureiro

Lisboa, Junho de 2010

Trabalho de Projecto para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Pública, na Escola Nacional de Saúde Pública, ao abrigo do Artº 23º do Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, publicado no D.R. nº 60, Série I-A de 24 de Março de 2006.

Resumo

As doenças crónicas não transmissíveis são uma ameaça crescente à Saúde Pública em Portugal. As principais causas de mortalidade e morbilidade são doenças relacionadas com os estilos de vida, hábitos alimentares e de actividade física. Os Cuidados de Saúde Primários estão na linha da frente para dar resposta a estas patologias. Os profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, sentem dificuldades para as tratar, como a falta de tempo, de conhecimentos e de confiança para o fazer, bem como uma descrença na efectividade das suas intervenções no âmbito da mudança comportamental destes pacientes. A dificuldade em referenciar estes pacientes a outros profissionais, especializados, como os nutricionistas e os fisiologistas do exercício, implica dotar médicos e enfermeiros com as competências básicas de aconselhamento alimentar e de actividade física, bem como serem capazes de assumirem uma atitude centrada no paciente e motivadora da mudança comportamental. O objectivo deste estudo é avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas no tratamento da obesidade e sua associação com o nível de actividade física reportado por médicos e enfermeiros. Este é um estudo observacional, transversal, que recorre à aplicação de um questionário de resposta directa.

Palavras-chave: conhecimentos, atitudes e comportamentos alimentares, percepções, profissionais de saúde, alimentação saudável, actividade física, motivação

Abstract

Non communicable chronic diseases are increasingly relevant public health threats. The main causes of mortality and morbidity in Portugal are lifestyle, food and exercise habits, related diseases. Primary health care services are in the front line to adress this pathologies. Health care professionals, namely physicians and nurses, face numerous barriers like reduced consultation time, knowledge and confidence to deal with this problems, as well as a disbelief in the efectiviness of their intervention in patients health behaviour change. The inability to reference this patients to nutrition and exercise specialists, increases the need to give physicians and nurses the adequate nutrition and exercise basic counselling skills, as well as promoting a patient centred attitude that enables them to increase patients motivation to health behaviour change. The study sought to assess the nutrition knowledge, atittudes and practice and its associations with self - reported personal physical activity habits of primary health care professionals. This is a descriptive, cross-sectional study that uses a self-answered questionnaire.

Keywords: attitudes, perceptions, health professionals, nutrition, physical activity, motivation.

Lista de Abreviaturas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

CSP - Cuidados de Saúde Primários

IMC - Índice de Massa Corporal

IPAQ - International Physical Activity Questionnaire

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

Índice

Resumo	3
Abstract	4
Lista de Abreviaturas	5
Índice	6
Introdução	7
Enquadramento teórico	8
Objectivos do estudo	16
Métodos e participantes	17
Discussão	20
Limitações do Estudo	23
Cronograma	24
Bibliografia	25
Lista de Anexos	30
Anexo I - Questionário	31

Introdução

Em Portugal, o excesso de peso e a obesidade são problemas graves de Saúde Pública. Cerca de 53,6% da população apresenta excesso de peso e destes 14,2% são obesos. (1). Uma em cada três crianças, com idades entre os 7 e os 9 anos de idade apresenta excesso de peso ou é já obesa (2).

A obesidade está associada com elevados custos e perdas económicas, representando na região europeia da Organização Mundial de Saúde (OMS) cerca de 2 a 4% dos gastos em saúde (3). Em Portugal, estima-se que em 2002, os custos indirectos associados à obesidade ascenderam a cerca de 200 milhões de euros (4).

Em 2006, em Istambul, Turquia, a Conferência Ministerial de Combate à Obesidade adoptou a Carta Europeia de Combate à Obesidade, onde se especificaram acções concretas a implementar ao nível dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), nomeadamente, no treino dos profissionais de saúde para a prevenção, identificação e tratamento dos pacientes obesos (5).

De facto, estes são os profissionais de saúde mais consultados, aos quais se atribui maior credibilidade quando se procura obter mais informação sobre alimentação saudável e prática de actividade física e aqueles a quem os pacientes com mais frequência recorrem quando procuram ajuda para perder peso (6, 7, 8, 9). No entanto, como os próprios reconhecem, não abordam a obesidade na prática clínica de forma satisfatória, por evidentes lacunas em termos de conhecimentos, e uma dificuldade de operacionalização destes conhecimentos na prática clínica. A bibliografia mostra que apenas metade dos pacientes obesos são identificados, e somente um terço destes são aconselhados a perder peso (10, 11, 12) É necessário compreender até que ponto os profissionais dos cuidados de saúde primários, médicos e enfermeiros, estão dotados das necessárias competências para realizar estas tarefas.

As atitudes pessoais e os hábitos alimentares e de actividade física dos profissionais de saúde são apontados como factores importantes nas suas práticas preventivas de aconselhamento. Constatase que médicos que têm hábitos pessoais de alimentação saudável e actividade física regular têm uma maior propensão para aconselharem os seus pacientes nestes assuntos, e assumirem-se como modelos de comportamento (13, 14, 15, 16).

Em Portugal, existe uma grande lacuna de informação sobre este tema, pelo que este estudo procura responder às seguintes questões:

- Quais são os conhecimentos, as atitudes e as práticas de médicos e enfermeiros sobre o tratamento da obesidade?
- Existe uma associação entre o nível de actividade física de médicos e enfermeiros, e os seus conhecimentos, atitudes e práticas no tratamento da obesidade?

Enquadramento teórico

A prevenção da doença e a promoção da saúde são tarefas importantes na prática clínica diária dos Médicos de Medicina Geral e Familiar, uma vez que cerca de dois terços da população visita o seu “médico de família” uma ou mais vezes por ano, e cerca de 90% visitam-no pelo menos uma vez a cada 5 anos. Estes profissionais têm um grande potencial para aconselhar estilos de vida promotores de saúde nomeadamente hábitos alimentares equilibrados e prática regular de actividade física.

Os profissionais de saúde dos CSP têm cerca de 3 a 4 encontros com cada paciente portadores de doenças crónicas, que em conjunto representam cerca de 20 a 30 minutos por ano para prestar um aconselhamento sobre alimentação e actividade física, que não deve ser visto apenas como uma sessão simples e isolada onde se tem de falar de todos os aspectos importantes, mas antes um processo dinâmico que se estende ao longo do tempo, em que o conhecimento sobre o comportamento do paciente e a evolução da sua doença vão sendo constantemente actualizados (17).

Está bem fundamentada a relação entre a nutrição, a prática regular de actividade física e a saúde (18, 19, 20).

Os profissionais de saúde dos CSP têm um papel cada vez mais relevante na prevenção e gestão da saúde das populações. A sua intervenção mais próxima das populações tem o potencial de reduzir a mortalidade e a morbilidade das doenças crónicas, através do aconselhamento alimentar e da prescrição de actividade física eficaz articulando-o com outros grupos profissionais de saúde, nomeadamente nutricionistas e fisiologistas do exercício, num processo de referenciação eficiente.

O Modelo Preced - Proceed nos Cuidados de Saúde

A intervenção dos profissionais de saúde no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença pode ser analisada na relação individual entre os profissionais de saúde e os pacientes, mas ganha uma dimensão mais valiosa quando reforçada por uma abordagem educacional e ecológica, tal como defendido pelo Modelo Precede-Proceed (21).

Neste modelo assumem particular relevo os cuidados de saúde centrados no paciente, a sua co-responsabilização e capacitação para a mudança e gestão dos comportamentos associados à sua saúde, como são os hábitos alimentares e de actividade física.

É igualmente importante a análise dos factores de predisposição, os factores de habilitação e os factores de reforço que caracterizam a fase 3 deste modelo, o enquadramento educacional e ecológico.

As atitudes, crenças e valores dos profissionais de saúde são tão importantes, como determinantes da prática clínica de médicos e enfermeiros, como são as atitudes e comportamentos dos seus pacientes.

Neste sentido, o modelo Preced-Proceed permite focar a atenção nos profissionais de saúde e em outros elementos da comunidade, e necessária mudança de comportamento se se espera que a sua intervenção possa modificar os factores de predisposição, os factores de habilitação e de reforço dos comportamento dos pacientes e do contexto ambiental.

Assim, e tendo em conta este modelo, é possível identificar na intervenção de profissionais de saúde na mudança de comportamentos alimentares e de actividade física, os seguintes factores de predisposição: o seus conhecimentos, as suas crenças e percepções sobre a capacidade e a motivação dos pacientes para a mudança, as suas atitudes pessoais, o seu compromisso com uma prática clínica de prevenção, os seus valores associados à saúde, os seus sentimentos de auto-eficácia. (21).

Quando se analisam os factores de habilitação podem identificar-se: o tempo, a remuneração e incentivos à prática de medicina preventiva, as competências, as expectativas dos pacientes relativamente à intervenção dos profissionais de saúde, as condições de espaço físico e a sua orientação para um esforço de prevenção, a existência de materiais pedagógicos, as atitudes do pessoal auxiliar, a existência de instrumentos de avaliação de hábitos alimentares e de actividade física.

Nos factores de reforço podemos identificar a remuneração, as atitudes e comportamentos de colegas, pessoal auxiliar, pacientes e associações profissionais.

Neste modelo os factores de predisposição necessitam de mudar antes de mudarem os factores de habilitação, e estes últimos devem mudar para que a mudança dos factores de reforço seja bem sucedida.

Por outras palavras, existe uma sucessão hierarquizada de acções associadas a cada factor, que na intervenção dos profissionais de saúde vão do fortalecimento da motivação ao reforço das competências de auto-controlo e auto-monitorização dos pacientes.

É neste contexto que é importante investigar de que forma os factores de predisposição necessitam de ser alvo de intervenção para se melhorar a qualidade dos cuidados de saúde prestados, tornando o combate à obesidade mais efectivo.

Os conhecimentos sobre aconselhamento alimentar, actividade física e a obesidade.

Existe uma grande necessidade de formação em alimentação, nutrição e actividade física para médicos e enfermeiros a actuarem nos cuidados de saúde primários.

A bibliografia refere que os profissionais de saúde têm uma grande dificuldade em identificar correctamente a actual prevalência de obesidade nos seus países e descrever as principais recomendações alimentares e de actividade física. As suas principais fontes de informação são publicações científicas, as linhas de orientação clínica, a sua experiência profissional e a frequência de cursos de actualização (5,10, 22).

A formação pré-graduada em promoção de estilos de vida saudáveis é vista como insuficiente por muitos médicos de Medicina Geral e Familiar (23). Estudantes de medicina recorrentemente referem que a sua formação foi incompleta e insuficiente em matérias de

alimentação, nutrição e actividade física. Várias organizações têm identificado esta área do conhecimento como fundamental na formação inicial e na subsequente especialização dos médicos. Isto poderá explicar a razão porque muitos profissionais se sentem incapazes, e pouco confiantes, quando em presença de problemas de saúde que exigem um aconselhamento alimentar e uma promoção da actividade física, como é o caso da obesidade (23). A insatisfação quanto à qualidade da formação pré-graduada daqueles que trabalham nos cuidados de saúde primários é uma das barreiras mais citadas à prestação de aconselhamento alimentar (7).

Embora existam alguns documentos que forneçam orientações sobre o conteúdo de programas de formação em alimentação e nutrição para profissionais de saúde, a investigação continua a procurar qual a melhor forma de conduzir estes programas (7).

Um dos maiores desafios dos que estão envolvidos no desenvolvimento e implementação de programas de formação de profissionais de saúde em alimentação, nutrição e actividade física, é o de reunirem evidência de que estes são efectivos e de que o seu impacto na qualidade dos cuidados de saúde prestados é significativo, e de que conseguirão dar um contributo positivo para a mudança de comportamentos alimentares, mesmo na actual organização dos cuidados de saúde primários (7).

As oportunidades de formação e treino de competências aumentam a auto-confiança e a percepção de auto-eficácia, necessários para uma intervenção mais eficaz (24), pelo que se torna muito importante investigar o actual nível de conhecimentos dos profissionais de saúde que permita desenhar intervenções ao nível da formação pré e pós graduada que conduzam a profissionais mais capazes de abordar a obesidade de forma adequada.

As atitudes relativas ao tratamento da obesidade e as práticas de profissionais de saúde de no aconselhamento alimentar e em actividade física e a obesidade

Apenas 5 a 33% dos médicos se acham competentes no tratamento da obesidade infantil, particularmente em áreas como a utilização de estratégias comportamentais, reconhecendo uma grande necessidade de formação, uma vez que também é possível verificar que profissionais com mais horas de formação se consideravam mais competentes. Este parece ser um elemento fundamental para a redução dos sentimentos de frustração profissional associado ao tratamento da obesidade (5).

A grande maioria dos profissionais dos CSP, acreditam que têm um papel importante a desempenhar no aconselhamento dos pacientes sobre a gestão do seu peso. Outros trabalhos, revelam que médicos e enfermeiros têm atitudes positivas face à prestação de conselhos alimentares e outras actividades de promoção da saúde (7, 8, 12, 25, 26).

Contudo, estes profissionais de saúde não fazem uma utilização suficiente de todas as oportunidades de educação para a saúde, principalmente na área da educação alimentar e de promoção da actividade física de utentes obesos durante as consultas (26). Isto pode dever-se ao facto de muitos médicos e enfermeiros não terem consciência do quanto os pa-

cientes valorizam os conselhos sobre estilos de vida, e subestimarem o interesse dos utentes em receberem educação alimentar e sugestões para o aumento da actividade física (6).

Na abordagem de pacientes com excesso de peso ou obesidade, a maior parte dos profissionais de saúde recomenda alterações do estilo de vida, na sua alimentação, recomendando a redução do consumo de alimentos de elevada densidade calórica, e o aumento da actividade física. Raramente são sugeridas estratégias de alteração comportamental, como a auto-monitorização com o auxílio de um diário alimentar (5). A utilização de farmacoterapia, bem como a referenciação de pacientes obesos a especialistas em alimentação e actividade física permanece baixa, facto associado à falta de profissionais nestas áreas. O recurso à cirurgia da obesidade também é um das estratégias menos utilizadas pelos profissionais de saúde dos CSP, em parte devido ao reduzido número de centros cirúrgicos especializados, custos envolvidos e as dificuldades de acesso a estes serviços (12).

Barreiras ao Aconselhamento em Alimentação Saudável e Actividade Física

Entre as barreiras que impedem muitos profissionais de saúde de fazerem um aconselhamento alimentar efectivo incluem-se algumas concepções desajustadas e mesmo alguns estereótipos sobre os pacientes obesos, que habitualmente são julgados como pouco motivados, apáticos, e que mentem sobre a sua ingestão (10, 22, 27). Outro trabalho, sugere que os médicos de família têm pouca inclinação para prestar aconselhamentos alimentares uma vez que entre a intervenção e o resultado decorre um longo período de tempo, e os resultados dessa intervenção não são imediatos, levando frequentemente ao insucesso, e a sentimentos de frustração profissional (27, 28). Vários outros trabalhos sugerem que muitos médicos e enfermeiros se retraem de fazer um aconselhamento alimentar devido à falta de tempo, os reduzidos conhecimentos sobre alimentação e nutrição, falta de confiança ao abordar a mudança comportamental, que impliquem alterações à dinâmica familiar, nomeadamente a gestão de conflitos, a percepção da reduzida adesão e motivação dos pacientes e uma falta de recursos pedagógicos disponíveis para auxiliar no aconselhamento (7, 12, 24, 29, 30). Um estudo conduzido no EUA refere, que em consultas com pacientes com mais de 65 anos, com um tempo médio por consulta de 17 minutos, os médicos gastavam menos de um minuto a falar de actividade física e cerca de um minuto e meio a discutir questões associadas a hábitos alimentares (31).

Para além disso, a falta de um profissional especializado em nutrição, como o nutricionista, e a não participação destes serviços pelos sistemas de saúde, dificulta ainda mais a acção de médicos e enfermeiros, na referenciação de utentes com necessidade de um aconselhamento alimentar mais específico e detalhado (27, 26, 32). Por esta razão, os nutricionistas são identificados como um recurso valioso, tendo um papel muito importante a desempenhar na formação e treino de outros profissionais de saúde, o que obriga a que a sua própria formação seja adequada a esta responsabilidade suplementar (8, 33)

A aparente inabilidade da educação alimentar promover a mudança de comportamento resulta da má aplicação da tríade conhecimento-attitudes-comportamento, concluindo que as mensagens e técnicas motivacionais sejam incluídos de forma consciente em todos os programas e intervenções de educação alimentar (27).

O World Health Report de 2008 alerta para a necessidade de fortalecimento dos “...cuidados de saúde centrados nas pessoas, uma vez que estas querem a compreensão do seu assistente de saúde para o seu sofrimento e para as limitações que enfrentam.”(34). Assim, a orientação para a pessoa transforma-se num método clínico com participação democrática, obviamente melhorando a qualidade dos cuidados, o sucesso do tratamento e a qualidade de vida daqueles que beneficiam de tais cuidados. Na prática, os clínicos raramente falam com os seus doentes sobre as suas ansiedades, as suas crenças e a sua compreensão da doença, e raramente põe à sua apreciação as diferentes abordagens terapêuticas possíveis para o seu problema de saúde. Limitam-se a prescrições técnicas simples, ignorando dimensões humanas complexas que são críticas para a adequação e efectividade dos cuidados que prestam. Assim sendo, recomendações técnicas sobre estilos de vida, regimes terapêuticos ou referênciação, frequentemente negligenciam a consideração a constrangimentos associados ao ambiente em que as pessoas vivem e as possibilidades de auto-ajuda para uma multiplicidade de problemas de saúde” (34).

As questões de conteúdo e o tipo de abordagem seguido no aconselhamento terão que ser acompanhadas da devida atenção à comunicação com os utentes, tendo em conta que o cerne deste aconselhamento reside na mudança de comportamento dos indivíduos. A informação é necessária, mas não suficiente para encorajar comportamentos saudáveis. Aqui reside uma das áreas em que tanto a formação pré-graduada, como a prática clínica, particularmente no âmbito dos CSP, está mais necessitada de aumento de competências, a motivação para a mudança de comportamentos relacionados com a saúde. De facto, quanto mais se sabe sobre as variáveis que levam os indivíduos a adoptarem determinado comportamento, maior é a probabilidade de se desenvolverem intervenções bem sucedidas na mudança comportamental (29, 35).

Teorias da Mudança de Comportamento relacionado com a Saúde.

O comportamento dos indivíduos é afectado por vários níveis de influência: factores intrapessoais, factores interpessoais, factores organizacionais ou institucionais; factores comunitários e factores políticos (36).

Na relação dos profissionais de saúde dos CSP com os seus utentes, há que estar atento a estes níveis de influência, nomeadamente na influência do ambiente social nos comportamentos de saúde, embora naquilo que reside na sua interacção mais estreita (profissional - utente) há que abordar de forma mais aprofundada os factores intrapessoais e interpessoais (36).

Os modelos cognitivo-comportamentais

A um nível individual ou intrapessoal, centram-se sobre factores como o conhecimento, as atitudes, crenças, aptidões, experiências passadas, motivação, auto-conceito, desenvolvimento psicológico e comportamentos (36).

A este nível existem quatro teorias que consideramos importante que os profissionais de saúde conheçam para que as intervenções nos comportamentos de saúde dos pacientes possam ser mais efectivas e a própria percepção da interacção entre profissional de saúde e paciente seja satisfatória, reduzindo os níveis de frustração, habitualmente presentes nestes casos. Assim, é importante ter em conta: Teoria das Fases da Mudança, Modelo de Crenças na Saúde, Teoria da Aprendizagem Social e a Teoria da Auto-Determinação.

Teoria das Fases da Mudança ou Modelo Transteórico da Mudança

Neste modelo, a intervenção assenta na estratificação dos indivíduos segundo o seu nível de prontidão para a mudança, emparelhando as intervenções de acordo com cada estadio, destinadas a alterar factores psicossociais, de auto-eficácia, suporte social e a percepção de barreiras, bem como aumentar a consciência dos indivíduos para as vantagens da mudança de comportamento.

A premissa básica deste modelo é a de que a mudança do comportamento é um processo e não um acontecimento, e que os indivíduos têm diferentes níveis de motivação, ou disposição, para mudarem (36).

Consiste em cinco etapas: a pré-contemplanção (não estou a pensar mudar), a contemplanção (estou a pensar mudar nos próximos 6 meses), a decisão ou preparação (estou a realizar pequenos esforços para mudar), acção (estou a concretizar o comportamento há menos de 6 meses) e manutenção (estou a manter o comportamento resultante da mudança há mais de 6 meses). Pessoas em diferentes pontos no processo de mudança podem beneficiar de intervenções diferenciadas, adequadas à fase em que se encontram. Ao saber-se em que fase se encontram os utentes, poderão ser estabelecidas mensagens e estratégias específicas a cada estadio.

O Modelo das Crenças em Saúde

Quem trabalha nos CSP frequentemente depara-se com utentes que não compreendem a importância da mudança de hábitos de vida para a melhoria do seu estado de saúde e para a gestão mais equilibrada da sua doença.

Neste modelo explicativo do comportamento existem quatro constructos básicos que representam, por um lado, a percepção da ameaça à sua saúde e a severidade dessa ameaça, e o balanço decisional entre obstáculos e benefícios percebidos.

A este modelo foi adicionada numa fase posterior o conceito de auto-eficácia, pois não basta compreender que a saúde está ameaçada, e que a mudança de comportamento trará vantagens, mas também é fundamental que o indivíduo se sinta preparado e capaz de fazer

essa mudança, passando à acção. Ou seja, compreender este modelo implica adaptar as intervenções de forma a transformarem-se em muito mais do que simplesmente transmitir informação. Acima tudo permitem compreender o poderoso papel dos profissionais de saúde na catalização da mudança, através do aumento da motivação e auto-eficácia dos pacientes (36).

A Teoria da Aprendizagem Social

A qualidade da interacção entre profissionais de saúde e os pacientes é um factor-chave na mudança de comportamentos pelo que há que ter em conta que as pessoas no seu ambiente social influenciam e são influenciadas por este. Daí que a Teoria da Aprendizagem Social assume que as pessoas e os seus ambientes interagem continuamente. Esta teoria dirige-se para os factores psicológicos que determinam os comportamentos de saúde e para as estratégias de promoção da mudança de comportamento. As pessoas aprendem, não só através das suas próprias experiências, mas também através das acções dos outros e os resultados dessas acções (36).

Este modelo encerra em si outros conceitos como a capacidade comportamental, as expectativas em relação aos resultados prováveis da acção, a auto-eficácia e a aprendizagem observacional.

Aliás neste último conceito reside muita da sensação de incapacidade de médicos e enfermeiros promoverem um aconselhamento frequente e eficaz, relativamente a hábitos alimentares e de actividade física, pois a evidência mostra que muitos deles têm uma grande dificuldade em aconselhar estilos de vida saudáveis quando eles próprios não o conseguem fazer no seu quotidiano. Alguns estudos referem que médicos jovens, predominantemente do sexo feminino, e que seguem estilos de vida mais saudáveis têm um maior conhecimento sobre nutrição e integram com maior frequência o aconselhamento alimentar na sua prática diária (32, 37)

É sempre muito difícil assumir o papel de modelo de comportamento, ou ter a experiência necessária para exemplificar alguns conceitos, nomeadamente na prática adequada de actividade física ou nas práticas culinárias, pelo que estas são áreas centrais a investigar para compreender quais os conteúdos em falta na formação pré e pós-graduada de médicos e enfermeiros, para que estes sejam capazes de permanecer uma fonte credível de informação, dar apoio e promover a motivação dos pacientes, ajudar a discernir e esclarecer a informação veiculada pelos diversos meios de comunicação, deixando a intervenção dietética e de prescrição de actividade física mais especializada para os profissionais da alimentação e nutrição e fisiologia do exercício físico, respectivamente.

Teoria da Auto-Determinação

A teoria da Auto-Determinação vem juntar às anteriores um conjunto de constructos que são importantes para compreender o fenómeno da motivação e como este desempenha

um papel fulcral na mudança de comportamentos de saúde, área onde muitos profissionais de saúde referem ter pouca ou nenhuma formação, mas que do ponto de vista clínico e mesmo na perspectiva de educação para a saúde, no âmbito comunitário, se assume como uma competência a explorar para tornar mais efectivas as intervenções.

Esta teoria assenta na premissa básica que o contexto social exerce uma influência que pode aumentar, ou diminuir, a capacidade inata dos indivíduos para a sua auto-motivação e desenvolvimento psicológico saudável, e que para que a motivação intrínseca, verdadeiro motor da acção e da mudança comportamental se manifeste, têm que ser satisfeitas três necessidades básicas de competência percebida, pertença ou relacionamento e autonomia pessoal (38).

A teoria da Auto-Determinação defende que a iniciação e manutenção de comportamentos ao longo do tempo requer que os pacientes sejam capazes de internalizar valores e competências para operarem a mudança e experimentarem a auto-determinação. A Teoria da Auto-Determinação defende que através da maximização da experiência de autonomia, competência e pertença no contexto dos cuidados de saúde, os indivíduos poderão alcançar uma maior internalização de novos comportamentos de saúde, mantendo uma mudança comportamental ao longo do tempo (38).

Um ambiente que promova a livre escolha e a autonomia do paciente e que defenda um relacionamento claro, honesto entre este e o seu terapeuta levará a um internalização mais efectiva de novos comportamentos de saúde (38).

Objectivos do Estudo

São objectivos deste estudo:

1. Compreender quais são os conhecimentos, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros sobre o aconselhamento alimentar e a prescrição de actividade física no tratamento da obesidade.
2. Compreender se estes conhecimentos, atitudes e práticas estão associados com a profissão, os anos de prática profissional, índice de massa corporal (IMC), género, hábitos tabágicos, formação pós-graduada e o nível de actividade física.

Métodos e participantes

Desenho do estudo

Recorrer-se-á a um desenho de investigação observacional, transversal, com aplicação directa de questionário aos médicos e enfermeiros dos Agrupamento de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

Questionário

Para facilitar a comparação de resultados com estudos anteriores foi construído um questionário a partir da revisão da literatura internacional sobre os conhecimentos, atitudes e práticas de profissionais de saúde dos CSP relativas ao tratamento da obesidade, que está dividido em 4 partes, num total de 86 questões de resposta fechada.(5, 8, 10, 12, 15, 28, 40, 41, 42, 43, 44, 45)

Variáveis em Estudo

A primeira parte do questionário é constituída por 13 questões sobre características demográficas e profissionais, que incluem: os anos de actividade profissional, dados antropométricos, hábitos tabágicos, formação pós-graduada sobre alimentação e actividade física no tratamento da obesidade, principais fontes de informação, número de horas de formação despendidas nos últimos 3 anos e tempo dedicado ao aconselhamento sobre alimentação e actividade física na prática clínica.

A segunda parte contém 18 questões, de resposta múltipla, adaptadas de um estudo anterior (40) que permitirão calcular uma classificação dos conhecimentos em alimentação e actividade física, sob a forma de uma variável contínua, que assumirá valores num intervalo de 0 a 1.

A terceira parte do questionário consiste num conjunto de 48 frases cuja resposta será feita com uma escala de Likert de 5 opções (Concordo absolutamente, Concordo, Não concordo, nem discordo, Discordo, Discordo absolutamente) ou de 4 opções (Nunca, Raramente, Muitas vezes, Sempre). Estas questões pretendem caracterizar: as atitudes dos profissionais de saúde sobre o impacto que o seu próprio estilo de vida, nomeadamente se a prática regular de actividade física influencia a sua prática clínica no tratamento de pacientes obesos; as atitudes sobre a efectividade do tratamento da obesidade e sobre o comportamento e motivação dos pacientes; a auto-eficácia dos profissionais de saúde no tratamento da obesidade; as principais barreiras e limitações no tratamento da obesidade; as estratégias seguidas no aconselhamento dos pacientes obesos.

A quarta, e última parte do questionário, consiste em 7 questões que visam caracterizar o nível de actividade física realizada nos 7 dias anteriores, extraídas da versão curta do *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), que avalia o tempo dedicado a activida-

de física em quatro áreas distintas (lazer, transporte, trabalho, tarefas domésticas) e permite obter uma estimativa do nível de actividade física calculada como uma variável contínua, ponderando o volume de actividade (tempo em minutos) de acordo com a intensidade da actividade executada, expressa em MET (*metabolic equivalent*) obtendo-se um resultado em MET - minutos. Os MET's são múltiplos do metabolismo em repouso. Os MET-minutos são uma estimativa da actividade física realizada, independente do peso corporal, expressos habitualmente sob a forma de MET-minutos / semana. (46)

O questionário será submetido a um pré-teste num grupo de 10 médicos e enfermeiros para avaliação da clareza da linguagem, tempo de preenchimento e dúvidas que possam surgir na análise das diferentes questões.

Depois de executado o pré-teste e feitas as alterações necessárias, será transferido para uma plataforma electrónica, baseada na Internet, que não permite respostas em branco e que transfere automaticamente as respostas obtidas para uma base de dados.

O questionário será enviado por correio electrónico, por intermédio dos Conselhos Clínicos de cada Agrupamento de Centros de Saúde, a todos os médicos e enfermeiros das diferentes Unidades de Saúde Familiar dos distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu.

Serão enviadas duas novas mensagens a intervalos de 2 semanas para incentivar os profissionais a participarem.

Serão considerados para análise estatística as respostas recolhidas e validadas ao fim de 8 semanas.

Participantes

Os participantes neste estudo são os médicos e os enfermeiros, dos 16 Agrupamentos de Centros de Saúde da Região Centro, localizados nos Distritos de Aveiro, Castelo Branco, Coimbra, Guarda, Leiria e Viseu.

O questionário será enviado a todos os profissionais que possam ser contactados via correio electrónico, utilizando-se esta via por ser economicamente menos onerosa.

Para a selecção da amostra, considerando as taxas de resposta (18 a 71%) reportadas na literatura (5), optamos por contactar o maior número possível de profissionais de saúde com vista à obtenção de uma amostra de 500 profissionais (250 médicos, 250 enfermeiros).

Análise Estatística dos Dados

A análise dos dados resultantes dos instrumentos de avaliação quantitativa será feita com a utilização de software específico (SPSS para Windows, SPSS Inc, Chicago, Illinois , USA, v.17).

A amostra será caracterizada utilizando estatística descritiva simples, calculando frequências e medidas de tendência central e de dispersão.

Para averiguar da independência entre variáveis categóricas será utilizado o teste de independência do Qui-Quadrado.

Para as variáveis contínuas, de distribuição normal, será aplicado o teste T de Student. Em todos os testes estatísticos será considerado um nível de significância $\alpha=0,05$, e serão calculados os respectivos valores P, a partir dos quais se rejeitará a hipótese nula.

Discussão

Os médicos de família e os enfermeiros dos CSP encontram-se numa posição privilegiada para encorajar as pessoas a adoptarem estilos de vida saudáveis prevenindo, identificando e tratando precocemente situações de obesidade. No entanto, conhecida a natureza multifactorial da obesidade, é importante que estes profissionais também estejam dotados de competências adequadas de aconselhamento em alimentação e actividade física. Diferentes estudos nesta área mostram que menos de metade dos pacientes obesos recebe algum tipo de aconselhamento para alterar a sua alimentação ou aumentar a sua actividade física, e a qualidade do aconselhamento é relatada como pobre e pouco eficaz (11, 15, 43, 44, 47, 48). O nosso estudo poderá encontrar resultados similares, apontando para uma reduzida auto-eficácia percebida no tratamento da obesidade.

Estas dificuldades estão associadas a um conjunto de barreiras, de que se destacam a falta de formação pré e pós graduada em alimentação e actividade física, aliado a um baixo nível de conhecimentos, que esperamos também confirmar pelo nosso estudo (5, 29, 40, 43).

As oportunidades e o tempo dedicado a formação pós - graduada são reduzidos, resultados que também esperamos encontrar no nosso estudo, em linha com os relatos descritos na bibliografia.

A concentração das oportunidades de formação no litoral do País, poderá contribuir ainda mais para o menor número de horas de formação experimentada por profissionais de concelhos do interior, facto que esperamos confirmar na análise dos nossos resultados.

A falta de tempo é frequentemente apontada como um dos principais factores que impede médicos e enfermeiros para fazerem um aconselhamento mais regular em alimentação e actividade física, factor que pensamos ser comum à experiência de trabalho dos profissionais de saúde portugueses, o que indicia a necessidade de alterações ao nível da organização de trabalho, mas também na disponibilidade de meios para apoiar este aconselhamento, como materiais pedagógicos auxiliares que permitam aumentar a confiança e percepção de auto-eficácia (24).

Esperamos confirmar que as reduzidas percepções de auto-eficácia no tratamento estão frequentemente associadas, tal como na bibliografia, à percepção de que os pacientes obesos têm uma baixa motivação para a mudança do seu estilo de vida, não aderem às recomendações dadas por médicos e enfermeiros, e que existe uma grande necessidade de formação na área da mudança comportamental (10, 12, 29, 42, 48).

Embora a bibliografia reporte que médicos e enfermeiros consideram ter um papel fundamental na promoção de estilos de vida saudáveis, no âmbito de equipas multidisciplinares, mostram igualmente que estes profissionais desejam uma maior responsabilização dos pacientes pelas decisões que afectam a gestão da sua doença, pelo que esperamos que o nosso estudo também confirme esta atitude dos profissionais para a partilha de responsabilidades na prevenção e tratamento da obesidade com os seus pacientes (10, 41, 47, 48)

Os estudos que analisam as diferenças de género e a sua associação com as atitudes e práticas de aconselhamento alimentar e de actividade física têm vindo a reportar que profissionais de saúde do sexo feminino têm atitudes mais positivas, revelam um maior conhecimento em relação a estas matérias e têm estilos de vida mais saudáveis (32, 37) facto que procuraremos confirmar.

A influência do peso dos profissionais na sua prática de aconselhamento em alimentação e actividade física no tratamento da obesidade é um dos aspectos que procuramos averiguar neste estudo. Embora se reconheçam as limitações associadas ao auto-reporte do peso e da estatura, esperamos poder comparar a prevalência de excesso de peso e de obesidade entre os indivíduos que fazem parte da amostra, com os valores actuais da população portuguesa e compreender de que forma os conhecimentos, atitudes e práticas no tratamento da obesidade lhes poderão estar associados. A bibliografia revela que o peso dos profissionais de saúde, e a percepção desse peso, tem um impacto sobre a qualidade das práticas de identificação de pacientes obesos, particularmente em crianças, e a frequência do aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis, sugerindo que profissionais de saúde com excesso de peso ou obesidade se abstêm de fazer esse aconselhamento por receio de serem considerados pouco credíveis (8,49).

São ainda poucos os estudos que avaliam a associação entre as práticas pessoais e clínicas de médicos e enfermeiros. No entanto, os resultados apontam no sentido que aqueles com hábitos regulares de actividade física têm uma maior probabilidade de promover a prática de actividade física, explicando os seus benefícios aos seus pacientes (14,15,16) O nosso estudo irá provavelmente reportar baixos níveis de actividade física entre médicos e enfermeiros, o que estará em linha com os resultados estudos anteriores aplicados na população portuguesa, que revelam que somente 45% da população apresenta um nível de actividade física suficientemente elevado para alcançar benefícios para a saúde, nomeadamente na redução do risco de doença cardiovascular e a prevenção da obesidade (46).

A obtenção de dados sobre o baixo nível de actividade física entre profissionais de saúde portugueses poderá ser um elemento a ter em conta na definição de intervenções que promovam estilos de vida mais activos como forma de aumentar o aconselhamento em actividade física e a promoção mais regular da actividade física como um factor de prevenção e elemento do tratamento da obesidade.

Alguns autores defendem existir uma associação robusta entre a prática de actividade física e o aconselhamento mais frequente dos pacientes para adoptarem estilos de vida mais activos, para além de que ao falarem com os seus pacientes sobre as suas próprias práticas poderão tornar a sua mensagem mais credível e contribuir para aumentar a motivação dos pacientes para a adopção de um estilo de vida mais activo (15). Outros autores referem que a prática pessoal de actividade física não tem associação com o aconselhamento prestado aos pacientes revelando aqui uma necessidade de esclarecimento como é que a promoção de comportamentos promotores de saúde nos profissionais de saúde influencia o

nível dos conhecimentos, atitudes e satisfação com os cuidados de saúde reportados pelos pacientes (50). Existe quem defenda a implementação de programas de intervenção para aumentar o nível de aptidão física em médicos, ao nível das escolas de Medicina, e em profissionais no activo, como forma de os tornar melhores modelos de comportamento e promotores, mais aptos e credíveis, da prática regular de actividade física (14). Esta é uma área que merece mais investigação para se poder determinar quais as estratégias mais efectivas para a promoção das competências de aconselhamento em actividade física dos profissionais de saúde, se uma intervenção sobre os conhecimentos baseada na informação e disponibilidade de materiais pedagógicos de apoio, ou uma aposta na mudança comportamental dos profissionais de saúde. Também é necessário compreender quais serão as estratégias mais adequadas de combate à obesidade do ponto de vista clínico e de custo-efectividade proporcionadas pelos CSP, considerando a intervenção individual de médicos e enfermeiros e a sua colaboração em equipas multidisciplinares, e com outros intervenientes a nível comunitário (51).

Potenciais conclusões a extrair deste estudo

Os resultados dos estudos consultados (5, 12, 15); e os dados que esperamos recolher poderão confirmar, mostram que existe uma necessidade de melhorar a forma como os CSP combatem a obesidade, em particular nos seguintes aspectos:

- Promover um aumento do tempo dedicado em cada consulta dedicado ao aconselhamento alimentar e a promoção da actividade física;
- Desenvolvimento de linhas de orientação para a prática clínica de prevenção, identificação e tratamento da obesidade, baseadas na evidência que estejam em consonância com protocolos de referenciação para consultas de especialidade com outros profissionais, como os nutricionistas e fisiologistas do exercício, que carecem de um maior recrutamento, a par da cirurgia da obesidade;
- Aumentar as oportunidades de formação pós-graduada em nutrição, actividade física e saúde, bem como fazer uma integração destas temáticas nos *curricula* das escolas de Medicina e Enfermagem;
- Promover junto dos profissionais de saúde a aquisição e o treino de competências na área da modificação de estilos de vida, mudança comportamental e técnicas motivacionais, reduzindo as atitudes negativas relativas aos pacientes obesos e à expectativa de sucesso do tratamento, bem como os níveis de frustração associados, quer em pacientes, quer nos profissionais de saúde;
- Promover entre médicos e enfermeiros a adopção de comportamentos pessoais de saúde, como a melhoria dos seus padrões alimentares e do seu nível de actividade física, para aumentar a probabilidade destes procederem com maior confiança, credibilidade e frequência a um aconselhamento eficaz e atempado.

Limitações do Estudo

Este estudo possui diversas limitações. Dado as baixas taxas de resposta em estudos similares, espera-se que também este seja afectado pelo mesmo fenómeno, o que poderá reduzir a possibilidade de generalização dos resultados.

A sua implementação na ARS Centro, permitirá apenas inferir os resultados em relação aos profissionais desta região do país.

Poderá igualmente surgir um viés de selecção, uma vez que os profissionais mais interessados nesta temática e dispostos a participar em estudos que avaliam os conhecimentos, atitudes e práticas são habitualmente profissionais que têm uma atitude mais positiva em relação às questões da alimentação e da actividade física no tratamento da obesidade e, por isso, promovem um aconselhamento sobre estilos de vida saudável mais frequente (37).

A disseminação mais fácil e económica do questionário por via electrónica poderá também influenciar as taxas de resposta e o perfil dos profissionais que respondem. Embora a utilização do correio electrónico em Portugal esteja disseminada por uma grande parte dos profissionais de saúde, não se pode excluir a possibilidade dos profissionais mais jovens, com menos anos de prática profissional se sentirem mais confortáveis com este meio de comunicação (52).

Na elaboração do questionário, tentamos manter o número de questões limitada, evitando a fadiga no seu preenchimento. No entanto, também ficou limitado o âmbito da informação obtida.

A obtenção de dados por auto-reporte está sempre limitada, uma vez que as respostas poderão não reflectir a realidade das atitudes e práticas dos profissionais de saúde. Frequentemente os indivíduos reportam um peso mais baixo e uma estatura mais elevada que a realidade, afectando o cálculo do seu Índice de Massa Corporal. Existe igualmente uma relutância em declarar limitações, falta de confiança e proficiência no tratamento dos pacientes obesos, para além do que, o papel esperado de autoridade e credibilidade dos profissionais de saúde no contexto social poderá implicar respostas marcadas pela desejabilidade social. (10, 42)

Estas limitações podem ser ultrapassadas através da validação dos resultados obtidos com estudos de observação directa da actuação de médicos e enfermeiros no tratamento dos paciente obesos, cruzando esta informação com a análise dos processos clínicos, ou pela análise atitudes e práticas dos profissionais reportadas pelos pacientes (11, 12, 53).

A natureza observacional, transversal deste estudo não permite realizar inferências causais das associações entre variáveis a observar.

Cronograma

Actividade	s1	s2	s3	s4	s5	s8	s7	s8	s9	s10	s11	s12	s13	s14	s15	s16	s17
Pré-teste do questionário.																	
Ajustamentos no questionário em resultado do pré-teste.																	
Transferência do questionário final para a plataforma electrónica.																	
Apresentação do estudo aos Directores Executivos e Presidentes dos Conselhos Clínicos do ACES da ARS Centro IP.																	
Envio do questionário por via electrónica aos Coordenadores de cada USF.																	
Publicitação do questionário por todos os médicos e enfermeiros de cada unidade.																	
Envio e reenvio de correio electrónico a relembrar os participantes para o preenchimento do questionário.																	
Recolha das respostas.																	
Validação de respostas e transferência de dados para SPSS.																	
Análise de dados.																	
Elaboração de conclusões.																	

Bibliografia

1. CARMO, I. (et al.) (2008). Overweight and Obesity in Portugal: national prevalence in 2003-2005. *Obesity Reviews* 2008; 9: 11-19.
2. PADEZ, C. (et al.) (2004). Prevalence of Overweight and Obesity in 7–9-Year-Old Portuguese Children: Trends in Body Mass Index From 1970–2002. *Am J Hum. Biol* 2004; 16:670–678.
3. WHO (2007). The Challenge of Obesity in the WHO European Region and the strategies for responses. Copenhagen. 2007.
4. PEREIRA, J (et al.) (2003). Custos Indirectos Asociados à Obesidade em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* 2003; 3: 65-80
5. VAN GERWEN, M. (et al.) (2009) Primary care physician's knowledge, attitudes, beliefs and practices regarding childhood obesity: a systematic review. *Obesity reviews* 2009; 10: 227-236.
6. HIDDINK, GJ (et al.) (1997). Consumers' expectations about nutrition guidance: the importance of primary care physicians. *Am J Clin Nutr* 1997;65(suppl):1974S-9S.
7. BROTONS, C (et al.) (2003). Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr* 2003; Apr;77(suppl):1048S-51S.
8. HANKEY, CR (et al.) (2004). Eating Habits, Beliefs, Attitudes and Knowledge among health professionals regarding the links between obesity, nutrition and health. *Public Health Nutrition* 2004; Apr; 7(2): 337-43.
9. KREBS, NF (et al.) (2006). Comprehensive integration of nutrition into medical training. *Am J Clin Nutr* 2006; 83(suppl):945S-50S.
10. BOCQUIERS, A. (et al.) (2005). Overweight and Obesity: Knowledge, Attitudes and Practices of General Practitioners in France. *Obesity Research* 2005, 13: 787-795.
11. THANDE, N (et al.) (2008) Management of Obesity: A Challenge for Medical Training and Practice. *Obesity* 2008; 17, 1: 107-113.
12. AL-GHAWI, A.(et al.) (2009). Study of the knowledge, attitudes and practices of physicians towards obesity mangement in primary health care in Bahrain. *Public Health Nutrition* 2009;12(10): 1791 -1798.
13. FRANK, E. (et al.)(1995). Physicians' Prevention Counseling Behaviours: Current Status and Future Directions. *Preventive Medicine* 1995, 24 : 543-545

14. ROGERS, L. (et al.) (2005). A Physician Fitness Program: Enhancing the Physician as an "Exercise" Role Model for Patients. *Teaching and Learning in Medicine* 2005; 17,1 : 27-35.
15. LOBELO, F. (et al.) (2009). Physical activity habits of doctors and medical students influence their counselling practices. *Br J Sports Med* 2009;43: 89-92
16. DUPERLY, J (et al.) (2009). The association between Colombian medical students' healthy personal habits and a positive attitude toward preventive counselling: cross-sectional analyses. *BMC Public Health* 2009, 9:218 - 24.
17. VAN WEEL, C. (2003) Dietary advice in family medicine. *Am J Clin Nutr* 2003; 77(suppl): 1008S-10S.
18. CHAKRAVARTHY, M. (et al.) (2002). An Obligation for Primary Care Physicians to Prescribe Physical Activity to Sedentary Patients to Reduce the Risk of Chronic Health Conditions. *Mayo Clin Proc* 2002; 77:165-173.
19. VAN DILLEN (et al.) (2003) Understanding nutrition communication between health professionals and consumers: development of a model for nutrition awareness based on qualitative consumer research. *Am J Clin Nutr* 2003;77(suppl):1065S-72S.
20. HASKELL, WL (et al.) (2007). Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007; 116: 1081-1093.
21. GREEN, L.W. (et al.) (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. 4th edition. NY: McGraw-Hill Higher Education, 2005.
22. MECK, HM (et al.) (2004). Barriers to nutrition education for older adults, and nutrition and aging training opportunities for educators, healthcare providers, volunteers and caregivers. *J Nutr Elder* 2004; 23(4):99-121.
23. FLORES, S (et al.) (2000). Training in dietetics and nutrition from the point of view of the primary care physician. *Nutr Hosp* 2000; Mar-Apr;15(2):45-50.
24. PERRIN, E. (et al.) (2008). Bolstering confidence in obesity prevention and treatment counselling for resident and community pediatricians. *Patient Education and Counseling* 2008; 73: 179-185.
25. TRUSWELL, A. (2000) Family physicians and patients: is effective nutrition interaction possible? *Am J Clin Nutr* 2000; 71:6-12.

26. LEVERENCE, R. (et al.) (2007). Obesity Counseling and Guidelines in Primary Care. A Qualitative Study. *Am J Prev Med* 2007; 32 (4): 334-339.
27. MOORE, H (et al.) (2000). Nutrition and the health care agenda: a primary care perspective. *Family Practice* 2000;17(2):197-202.
28. FRANCO, C. (et al.)(2009). French pediatricians' knowledge, attitudes, beliefs towards and practice in the management of weight problems in children. *Health Policy* 2009; 91:195 - 203.
29. KUSHNER, R. (1995). Barriers to Providing Counseling by Physicians: A Survey of Primary Care Practitioners. *Preventive Medicine* 1995; 24 : 546 - 552.
30. STORY, M. (et al.) (2002) Management of Child and Adolescent Obesity: Attitudes, Barriers, Skills and Training Needs Among Health Care Professionals. *Pediatrics* 2002; 110: 210S- 214S.
31. ORY, MG (et al.) (2007). Lifestyle discussions during doctor-older patient interactions: the role of time in the medical encounter. *MedGenMed* 2007; Dec 4;9(4):48.
32. GLANZ, K. (1997). Review of Nutritional attitudes and counseling practices of primary care physicians. *Am J Clin Nutr* 1997; 65(suppl):2016S-9S.
33. BARRATT, J. (2001). Diet-related knowledge, beliefs and actions of health professionals compared with the general population: an investigation in a community trust. *J Hum Nutr Diet* 2001; Feb;14(1): 25-32.
34. WHO (2008). World Health Report. "Primary Health Care: Now More than Ever". Geneva. 2008.
35. VERHEIJDEN, MW (et al.) (2005) Potentials and pitfalls for nutrition counselling in general practice. *Eur J Clin Nutr* 2005; 59, suppl 1: s122-s129.
36. GLANZ, K. (1999). Teoria e Relação. Um Guia para a Prática da Promoção da Saúde. in Sardinha, L. B. Matos, M.G. Loureiro, I. (Eds). *Promoção da Saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*, pp 9-55. Edições FMH.Lisboa.1999.
37. FRANK, E. (et al.)(2002). Personal and professional nutrition-related practices of US female physicians. *AmJ Clin Nutr* 2002; 75: 326-332.
38. RYAN, R (et al.) (2000) Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social development, and Well-being. *American Psychologist* 2000; January (55), 1 : 68-78.

39. RYAN, R (et al.) (2008) Facilitating health behaviour change and its maintenance: Interventions based on self-determination theory. *The European Health Psychologist* 2008; March (10): 2-5.
40. VETTER, M. (et al.) (2008) What Do Resident Physicians Know about Nutrition? An Evaluation of Attitudes, Self-perceived Proficiency and Knowledge. *J Am Coll Nutr* 2008; 27 (2): 287-298.
41. JALLINNOJA, P. (et al.) (2007). The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007; 25: 244 - 249.
42. KOLAGOTTA, L (et al.) (2004). Ambulatory Management of Childhood Obesity. *Obesity Research* 2004, 12: 275- 283.
43. FOSTER, G. (et al.)(2003). Primary Care Physicians' Attitudes about Obesity and Its Treatment. *Obesity Research* 2003, 11 : 1168 - 1177.
44. FOGELMAN, Y. (et al.) (2002). Managing obesity: a survey of attitudes and practices among Israeli primary care physicians. *International Journal of Obesity* 2002; 26: 1393-1397.
45. McGAGHIE, W (et al.) (2001). Development of a Measure of Attitude Toward Nutrition in Patient Care. *Am J Prev Med* 2001; 20 (1) : 15-20.
46. BAUMAN, A (et al.) (2009). The International Prevalence Study on Physical Activity: results from 20 countries. *International Journal of Behavioural Nutrition and Physical Activity* 2009, 6:21-32.
47. RIPPE, J. (et al.) (2001). Physician Involvement in the Management of Obesity as Primary Medical Condition. *Obesity Research* 2001; 9, Suppl 4: 302S - 311S.
48. TSUI, J. (et al.) (2004) Cardiovascular Disease Prevention Counselling in Residency: Resident and Attending Physician Attitudes and Practices. *Journal of the National Medical Association* 2004; 96, 8: 1080 - 1091.
49. PERRIN, E (et al.) (2005). Pediatricians' own weight: self-perception, misclassification, and ease of counselling. *Obesity Research* 2005; 13, 2: 326-332.
50. JAMES, I. (et al.) (2009). Randomized controlled trial of effectiveness of pedometers on general practitioners' attitudes to engagement in and promotion of physical activity. *Journal of Sports Sciences* 2009; 27(7): 753–758.

51. TSAI, A (et al.) (2009) Treatment of Obesity in Primary Care Practice in the United States: A Systematic Review. J Gen Intern Med 2009; 24, 9: 1073-1079.
52. DIEGUEZ, T. (et al.) (2009). A utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação pelos Médicos de Família Portugueses: um estudo exploratório. Rev Port Clin Geral 2009; 25:281-304.
53. WADDEN, T (et al.) (2000) Obese Women's Perceptions of Their Physicians' Weight Management Attitudes and Practices. Arc Fam Med 2000; 9: 854-860.

Lista de Anexos

Anexo I - Questionário.

QUESTIONÁRIO

Profissionais de Saúde, Alimentação Saudável e
Actividade Física

Caro Profissional de Saúde:

Como é do seu conhecimento os problemas de saúde ligados à alimentação são cada vez mais frequentes e o seu impacte sobre a saúde da comunidade tem tendência para crescer. Em particular o excesso de peso é uma situação que afecta já cerca de metade dos Portugueses. Por outro lado, os profissionais de saúde, de uma maneira geral, sentem necessidade de formação neste âmbito.

Este questionário faz parte de um estudo aplicado em todas as Unidades Funcionais dos ACES da Administração Regional do Centro, IP destinado aos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros.

Trata-se de um inquérito que pretende fazer um **diagnóstico sobre as necessidades de formação e outras**, sentidas pelos referidos profissionais, no que diz respeito à alimentação, nutrição e actividade física.

Pedimos-lhe que responda de forma atenta e sincera. **O inquérito é absolutamente anónimo e estritamente confidencial.** Coloque uma cruz na opção ou nas opções escolhidas e que mais se aproximam da sua opinião.

Agradecemos, desde já, a sua colaboração, essencial ao nosso esforço conjunto de formação e actualização profissional, em prol da melhoria da prestação dos cuidados de saúde na nossa região.

1.No momento presente exerce as funções de:

_____ Médico

_____ Enfermeiro

2.Ano de conclusão da sua formação pré-graduada: _____

3.Indique-nos por favor o concelho onde trabalha? _____

4. Género: _____ Masculino

Feminino

5. Data Nascimento: _____ / _____ / _____

6. A sua estatura: _____ (cm)

7. E o seu peso: _____ (kg)

8. É fumador?

Sim _____

Não _____

9. Já alguma vez teve formação pós-graduada na área da Nutrição / Alimentação?

_____ Não (passe para a pergunta 10.) _____ Sim (passe para a pergunta 11.)

10. Se não teve formação pós graduada na área da Alimentação, Nutrição e Actividade Física, qual foi o motivo? (assinale a que considerar mais importante)

_____ Não ter oportunidade de formação

_____ Não ter tempo para formação

_____ Não ter conhecimento de acções de formação nesta área

_____ Não ser uma área prioritária para as suas funções

_____ Pouca oferta de formação

_____ Outra. qual?

11. Quais são as suas fontes privilegiadas de informação nas áreas de Alimentação, Nutrição e Actividade Física? (assinale a que considerar mais importante)

_____ Congressos, Workshops, Cursos

_____ Revistas Científicas

_____ Experiência profissional

_____ Outros profissionais especializados nas áreas

_____ Revistas generalistas

_____ Televisão

_____ Internet

_____ Outra. Qual? _____

12. Por favor indique-nos uma estimativa de quantas horas de formação já despendeu, nos últimos 3 anos, em cursos, estágios, congressos, relacionados com a área da Alimentação e Actividade Física?

- ☐ Menos de 4 horas
- ☐ 4 a 20 horas
- ☐ 21 a 40 horas
- ☐ Mais de 40 horas

13. Quando fornece conselhos sobre alimentação e actividade física, quanto tempo, em média, gasta a abordar estas questões na sua consulta?

minutos

Nas perguntas seguintes indique qual a alternativa que melhor responde a cada questão.

14. A D. Maria, com 50 anos de idade, pretende reduzir a sua ingestão calórica para conseguir perder cerca de 0,5 kg por semana. Em quantas calorias deverá ela reduzir a sua ingestão diária para alcançar este objectivo?

- a) 500 calorias
- b) 1000 calorias
- c) 2000 calorias
- d) 3500 calorias

15. O Índice de Massa Corporal (IMC) é um instrumento clínico muito útil para o diagnóstico da obesidade. Com que valor de IMC é que se faz o diagnóstico de obesidade?

- a) $IMC \geq 18$
- b) $IMC \geq 23$
- c) $IMC \geq 30$
- d) Nenhum dos anteriores

16. O corpo humano obtém energia por oxidação de proteínas, gorduras, hidratos de carbono e etanol. Quantas calorias fornece um grama de proteínas?

- a) 3 calorias
- b) 4 calorias
- c) 7 calorias
- d) 9 calorias

17. A metabolização de 150g de hidratos de carbono, 20g de gorduras e 10g de proteínas quantas calorias fornece?

- a) 300 calorias
- b) 550 calorias
- c) 820 calorias
- d) 1100 calorias

18. Quais das seguintes doenças está associada à obesidade?

- a) Diabetes mellitus
- b) Doenças cardiovasculares

- c) Osteoartrite
- d) Todas as anteriores

19. A D. Josefina, com 54 anos de idade, quer perder peso. Ela mede 168 cm e pesa 86,4 kg. Qual é o seu IMC?

- a) IMC= 19 kg/m²
- b) IMC= 24kg/m²
- c) IMC= 31kg/m²
- d) IMC=36 kg/m²

20. O D. Maria, com 50 anos de idade, tem um factor de risco para a doença cardiovascular. A que nível de Colesterol LDL deverá iniciar alterações na sua alimentação?

- a) 100 mg/dL
- b) 130 mg/dL
- c) 160 mg/dL
- d) 190 mg/dL

21. Qual é o factor alimentar com maior responsabilidade na subida dos valores de colesterol sanguíneo?

- a) Gorduras insaturadas
- b) Gorduras saturadas
- c) Proteínas
- d) Açúcares simples

22. Em baixo são apresentados os dados clínicos de 4 pacientes. Qual deles tem síndrome metabólica, de acordo com a definição do National Cholesterol Education Program (NCEP)?

- a) Um homem hipertenso, não fumador, com HDL =28 mg/dL; triglicerídeos=120mg/dL; glicose (je-jum) =90mg/dL e um perímetro da cintura de 88 cm.
- b) Uma mulher normotensa, fumadora, com HDL= 40 mg/dL; triglicerídeos= 100mg/dL; glicose (je-jum)=95mg/dL; perímetro da cintura de 81 cm.
- c) Uma mulher, normotensa, fumadora, com HDL=35mg/dL; triglicerídeos =155mg/dL; glicose (je-jum)=90mg/dL; e perímetro da cintura de 91 cm.
- d) Um homem, hipertenso, não fumador, com HDL=50mg/dL; triglicerídeos=160mg/dL; glicose(je-jum)=100mg/dL; perímetro da cintura de 89 cm.

23. Qual das afirmações seguintes melhor descreve a relação entre a alimentação e a tensão arterial em determinados indivíduos?

- a) As dietas ricas em potássio podem contribuir para o aumento da pressão arterial.
- b) As dietas pobres em potássio podem contribuir para a redução da pressão arterial.
- c) As dietas pobres em cálcio podem contribuir para a redução da pressão arterial.
- d) As dietas pobres em cálcio podem contribuir para a elevação da pressão arterial.

24. Qual das seguintes doenças pode contribuir para o desenvolvimento de hipertensão?

- a) Esteatose hepática
- b) Pancreatite aguda

- c) Obesidade
- d) Nenhuma das anteriores

25. O Sr. Silva, com 31 anos de idade, moderadamente obeso, refere ter refluxo gastroesofágico que ocorre frequentemente quando está a dormir. Todas as seguintes sugestões podem ajudá-lo EXCEPTO:

- a) Reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas e café.
- b) Elevar ligeiramente a cabeça quando a dormir.
- c) Aumentar o consumo de alimentos ricos em gorduras.
- d) Aguardar, pelo menos 2 horas, após uma refeição, até se deitar.

26. Qual dos seguintes alimentos pode ser considerado uma boa fonte de fibra alimentar?

- a) pão branco.
- b) puré de batata.
- c) farelo de trigo
- d) melancia

27. Os indivíduos com diabetes mellitus do tipo 1, tem vindo a ser instruídos para evitarem a ingestão de açúcares simples, para melhorarem o seu controlo glicémico. De acordo com a American Diabetes Association, qual das afirmações seguintes, relativas à ingestão de açúcar (sacarose) é VERDADEIRA?

- a) Os açúcares simples não precisam de ser restringidos porque não causam uma subida significativa da glicemia pós-prandial.
- b) Os açúcares simples podem ser consumidos entre as refeições.
- c) Os açúcares simples podem ser consumidos com moderação como parte da ingestão diária de hidratos de carbono.
- d) Os açúcares simples deveriam ser restringidos uma vez que estes aumentam significativamente mais a glicemia que os amidos.

28. Rosa, tem 60 anos de idade, diabetes mellitus do tipo 2, mede 158 cm e pesa 70kg, IMC= 28 kg/m², A D. Rosa questiona o seu médico sobre os benefícios do exercício físico. Qual das seguintes afirmações sobre os benefícios do exercício físico em pacientes com diabetes mellitus do tipo 2 é a CORRECTA?

- a) O exercício melhora os níveis de glicemia, porque diminui a sensibilidade à insulina.
- b) O exercício melhora os níveis de glicemia, porque melhora a utilização periférica de glicose.
- c) O exercício pode melhorar os níveis de LDL.
- d) O exercício promove a produção de corpos cetónicos.

29. O Sr. Correia, tem 68 anos de idade, diagnosticado com diabetes mellitus do tipo 2 há 5 anos, tem controlado a doença somente com cuidados alimentares. Mede 170cm e pesa 82 kg. O seu IMC =28,3kg/m². Os dados laboratoriais actuais revelam uma glicose me jejum de 183 mg/ dL. O sr. Correia é um grande apreciador de azeite e pergunta ao seu médico se poderá utilizá-lo na quantidade que quiser uma vez que é rico em ácidos gordos monoinsaturados. Considerando o seu estado actual, qual das seguintes respostas é a mais correcta?

- a) O azeite pode ser consumido em grandes quantidades, uma vez que é cardioprotector.

- b) O azeite deveria ser ingerido em quantidades limitadas uma vez que tem uma elevada densidade calórica e pode conduzir ao aumento de peso.
- c) O azeite deve ser completamente evitado por causa da diabetes mellitus.
- d) Nenhuma das respostas é correcta.

30. De acordo com o American College of Sports Medicine/ American Heart Association, para se obterem efeitos benéficos para a saúde, em adultos saudáveis, a partir da prática de exercício, qual das seguintes frases melhor descreve as actuais recomendações?

- a) Caminhar 30 minutos/ dia, em 5 dias da semana.
- b) Correr 30 minutos por semana.
- c) Nadar 1 hora/ dia, em 5 dias da semana.
- d) Caminhar, por um período mínimo de 60 minutos seguidos, 3 vezes por semana.

31. Qual das seguintes frases representa a forma mais adequada de exercício físico que se deve recomendar a um paciente obeso?

- a) Treino com pesos.
- b) Hidroginástica.
- c) Caminhar.
- d) Andar de bicicleta.

Por favor, responda às seguintes questões colocando uma cruz, ou fazendo um círculo, na resposta que se mais adequa, utilizando a seguinte escala: 1= Concordo absolutamente; 2= Concordo; 3= Não concordo, nem discordo; 4= Discordo; 5= Discordo absolutamente.

	1	2	3	4	5
32. Os profissionais de saúde deveriam ser modelos de comportamento e manterem um peso controlado	1	2	3	4	5
33. Para aconselhar correctamente os seus pacientes um profissional de saúde deve praticar um estilo de vida saudável	1	2	3	4	5
34. Serei capaz de prestar um aconselhamento mais eficaz e credível se praticar exercício físico regularmente e me mantiver em forma	1	2	3	4	5

35. A obesidade é uma doença.	1	2	3	4	5
36. Para os pacientes obesos, mesmo pequenas perdas de peso (5 a 10% do peso inicial) podem ser benéficas para a sua saúde	1	2	3	4	5
37. Somente os pacientes com obesidade grave é que deveriam ser submetidos a um tratamento de emagrecimento	1	2	3	4	5

38. Os obesos são pessoas mais preguiçosas e sem motivação que as pessoas com um peso normal.	1	2	3	4	5
39. Os pacientes obesos raramente modificam o seu comportamento alimentar e de actividade física, a não ser que tenham sintomas dolorosos	1	2	3	4	5
40. A maior parte dos pacientes obesos gostaria de perder peso, mas sentem-se, com frequência, frustrados e desorientados.	1	2	3	4	5
41. A motivação dos pacientes é um factor fundamental para o sucesso da sua mudança comportamental.	1	2	3	4	5
42. Os pacientes não mudam de comportamento se não se sentirem doentes ou se não perceberem a sua condição como uma ameaça grave à sua saúde e bem estar.	1	2	3	4	5
43. O papel dos médicos/ enfermeiros dos cuidados de saúde primários é referenciar os pacientes obesos a outros profissionais especializados, em vez de tentarem tratá-los.	1	2	3	4	5

44. A maior parte dos meus pacientes irá mudar de comportamento alimentar se eu os aconselhar nesse sentido.	1	2	3	4	5
45. Sinto-me competente na identificação e tratamento de casos de obesidade.	1	2	3	4	5
46. É importante que eu procure saber se o paciente utiliza suplementos alimentares / vitamínicos.	1	2	3	4	5
47. Sou capaz de avaliar o estadio de mudança de cada paciente antes de iniciar um aconselhamento alimentar.	1	2	3	4	5
48. A minha função é ajudar o paciente a mudar o seu estilo de vida, apoiando-o e motivando-o.	1	2	3	4	5
49. Eu tenho uma obrigação profissional de melhorar o estado de saúde dos meus pacientes incluindo a discussão dos seus hábitos alimentares.	1	2	3	4	5
50. Sinto-me confortável a abordar os benefícios da prática regular de exercício físico com os meus pacientes obesos.	1	2	3	4	5

51. Sou capaz de elaborar e discutir com os pacientes estratégias para aumentar a sua confiança e motivação para a mudança de comportamento.	1	2	3	4	5
52. Sei calcular o Índice de Massa Corporal dos meus pacientes com excesso de peso/obesos.	1	2	3	4	5
53. Sou capaz de avaliar a ingestão alimentar e a prática de actividade física dos pacientes obesos.	1	2	3	4	5
54. É importante que se avalie em todas as consultas o perímetro da cintura.	1	2	3	4	5

55. A prevenção da obesidade é uma tarefa aborrecida	1	2	3	4	5
56. Não tenho o tempo necessário para abordar as questões de hábitos alimentares e de exercício físico com os meus pacientes	1	2	3	4	5
57. Os pacientes dificilmente perdem peso, logo não vale a pena falar nisso.	1	2	3	4	5
58. Sinto grandes dificuldades em persuadir os pacientes a mudar de estilo de vida.	1	2	3	4	5
59. Os pacientes frequentemente mentem sobre a sua ingestão alimentar.	1	2	3	4	5
60. A maior parte dos médicos / enfermeiros não está preparada para aconselhar os seus pacientes sobre hábitos alimentares e actividades físicas.	1	2	3	4	5
61. Os pacientes precisam de um aconselhamento específico de um profissional especializado sobre alimentação e exercício físico.	1	2	3	4	5
62. Tratar pessoas obesas não é profissionalmente gratificante.	1	2	3	4	5
63. Para fazer um aconselhamento eficaz sobre alimentação e actividades físicas são necessários materiais pedagógicos/ informativos que habitualmente não estão disponíveis.	1	2	3	4	5
64. A minha função é prescrever um conjunto de instruções para o paciente seguir com vista a mudar o seu estilo de vida.	1	2	3	4	5
65. Sinto necessidade de ter mais formação sobre técnicas motivacionais e de mudança de comportamento.	1	2	3	4	5
66. Sinto necessidade de ter mais formação sobre farmacoterapia da obesidade.	1	2	3	4	5

Responda às questões seguintes, assinalando a resposta mais adequada, utilizando a seguinte escala: 1= Nunca; 2= Raramente; 3= Muitas vezes; 4= Sempre

Aconselho os pacientes obesos para que:	Nunca	Raramente	Muitas Vezes	Sempre
67. Comam menos quantidade de gorduras.	1	2	3	4
68. Comam menos alimentos ricos em açúcar.	1	2	3	4
69. Reduzam a ingestão de bebidas alcoólicas.	1	2	3	4
70. Aumentem o dispêndio energético através de actividades informais (caminhar, jardinar).	1	2	3	4
71. Reduzam a ingestão de refrigerantes açucarados.	1	2	3	4
72. Sigam uma dieta personalizada, de baixas calorias, com 1200 a 2000 kcal/dia.	1	2	3	4
73. Evitem a ingestão de certos alimentos.	1	2	3	4
74. Sigam uma dieta padrão de muito baixo valor calórico (<1200 kcal/dia).	1	2	3	4
75. Pratiquem exercício físico regular (correr, nadar, andar de bicicleta).	1	2	3	4
76. Preencham um Diário Alimentar.	1	2	3	4
77. Comam mais frutas e produtos hortícolas.	1	2	3	4
78. Aprendam a ler os rótulos dos alimentos.	1	2	3	4
79. Consultem um nutricionista para lhes traçar um plano alimentar personalizado.	1	2	3	4

Estamos interessados em saber quais as actividades físicas que realiza na sua vida diária. As questões seguintes irão inquiri-lo sobre o tempo gasto em algumas actividades físicas, nos últimos 7 dias. Por favor, responda a cada uma das questões, mesmo que não se considere uma pessoa fisicamente activa. Por favor, pense nas actividades que realiza no trabalho, nas suas tarefas domésticas, nas deslocações de um local para o outro, no seu tempo livre como actividade de recreação, de exercício físico ou desportiva.

Pense em todas as actividades vigorosas que realizou nos últimos 7 dias. As actividades vigorosas referem-se a actividades que implicam um esforço físico vigoroso e fazem-no respirar muito mais que o normal. Pense apenas sobre as actividades físicas que realizou durante pelo menos 10 minutos de cada vez.

80. Durante os últimos 7 dias, em quantos dias realizou actividades vigorosas como levantar pesos, cavar, exercícios de aeróbica, ou pedalar rapidamente?

_____ dias por semana

☐

Não realizei actividades físicas vigorosas. Passe para a questão 82.

81. Quanto tempo, normalmente, gasta a realizar actividades físicas vigorosas em cada um desses dias?

_____ horas por dia

_____ minutos por dia

☐

Não sei / Não estou seguro

Pense em actividades físicas moderadas que tenha realizado nos últimos 7 dias. Actividades físicas moderadas referem-se a actividades que exigem um esforço físico moderado e que o fazem respirar um pouco mais rápido que o normal. Pense somente nessas actividades que realizou durante, pelo menos, 10 minutos de cada vez.

82. Durante os últimos 7 dias, em quantos deles realizou actividades físicas moderadas como carregar cargas ligeiras, andar de bicicleta a um ritmo lento, ou jogar ténis?

Não inclua a marcha/ caminhada.

_____ dias por semana

☐

Não realizei actividades físicas moderadas. Passar à questão 84.

83. Quanto tempo habitualmente gasta a realizar actividades físicas moderadas em cada um desses dias?

_____ horas por dia

_____ minutos por dia

☐

Não sei/ Não estou seguro

Pense no tempo gasto a caminhar nos últimos 7 dias. Neste tempo inclua o tempo a caminhar no trabalho, em casa, deslocando-se de um local para outro, ou em qualquer outra oportunidade de caminhar com um objectivo de recreação, desporto ou exercício.

84. Nos últimos 7 dias, em quantos deles caminhou durante pelo menos 10 minutos de cada vez?

_____ dias por semana

☐

Não caminhei. Passe para a questão 86.

85. Quanto tempo gasta habitualmente a caminhar em cada um desses dias?

_____ horas por dia

_____ minutos por dia

☐

Não sei / Não estou seguro

A última questão refere-se ao tempo gasto sentado durante os dias de semana dos últimos 7 dias. Inclua o tempo gasto no trabalho, em casa, enquanto realizou algum tipo de trabalho ou mesmo nos seus tempos livres. Aqui pode incluir o tempo gasto sentado à secretária, visitando alguém, lendo, sentado ou deitado a ver televisão.

86. Nos últimos 7 dias, quanto tempo gastou sentado num dia de trabalho semanal (2^a a 6^a)?

_____ horas por dia

_____ minutos por dia

☐

Não sei/Não estou seguro

Chegou ao fim do questionário, obrigado por ter participado.